

Niños gitanos maltratados: factores de riesgo sociosanitarios y necesidades sanitarias prioritarias

G. Oliván Gonzalvo

Servicios de Pediatría y Adolescencia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

Objetivos

Determinar la prevalencia de menores de etnia gitana ingresados en centros de protección por malos tratos, sus características demográficas, tipología del maltrato, frecuencia de factores de riesgo sociosanitarios asociados, problemas más frecuentes de salud y si existen diferencias con una población general de menores maltratados.

Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo transversal de cohorte durante 8 años (1995-2002). Se revisaron los expedientes sociosanitarios de los menores que ingresaron en centros de protección por malos tratos y se incluyeron los pertenecientes a la etnia gitana. La recopilación de información, definición de conceptos y evaluación sanitaria se realizó siguiendo metodologías, estudios y directrices de ámbito nacional. Se realizó estudio estadístico descriptivo y comparativo.

Resultados

Durante el período de estudio ingresaron 873 menores de los cuales 74 eran de etnia gitana (prevalencia del 8,5%, 1,7 veces superior a la esperada). Demografía: edad media de 6,9 años (desviación estándar [DE], 5,7); grupo de edad 0-5 años, 56,7%; mujeres, 51,3%. En los menores de etnia gitana, no existieron diferencias demográficas significativas respecto a una población general de menores maltratados. Sin embargo, se observaron prevalencias superiores estadísticamente significativas del maltrato de tipo pasivo ($p = 0,0133$; *odds ratio* [OR], 2,4; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,2-4,9); proceder de familias con más de un factor de riesgo sociosanitario ($p = 0,0000$; OR, 30,5; IC 95 %, 9,4-99,1) con problemáticas de delincuencia ($p = 0,0000$; OR, 11,7; IC 95 %, 6,3-21,7) y abuso de drogas/alcohol ($p = 0,0000$; OR, 3,4; IC 95 %, 1,9-6); presentar al menos un problema de salud ($p = 0,0000$; OR, 6,9; IC 95 %, 2,7-17,3), inmunizaciones ausentes o incompletas ($p = 0,0000$; OR, 4,9; IC 95 %, 3-8,1), enfermedades discapacitantes ($p = 0,0012$; OR, 2,9; IC 95 %, 1,5-5,9), especialmente de origen neurológico ($p = 0,0000$; OR, 4,8; IC 95 %,

2-11,4), retraso del desarrollo psicomotor en menores de 6 años ($p = 0,0330$; OR, 2,4; IC 95 %, 1-5,3) y trastornos de la conducta en adolescentes ($p = 0,0005$; OR, 4,7; IC 95 %, 1,8-12,1).

Conclusiones

En los niños de etnia gitana, cuando el maltrato se produce, existe una asociación significativa con la presencia en su familia de factores de riesgo sociosanitarios como delincuencia y problemas de salud mental relacionados con toxicomanía/alcoholismo. Estos niños presentan un estado de salud significativamente diferente al observado en una población general infantojuvenil maltratada, a expensas de una mayor incidencia de enfermedades discapacitantes de origen neurológico y de problemas y enfermedades relacionadas con una negligencia y/o abandono cronificado en las áreas sanitaria, socioeducativa y psicoemocional. Respecto al hecho de ingresar en un centro de protección por sufrir malos tratos, presentan una prevalencia superior a la que teóricamente les correspondería.

Palabras clave:

Maltrato infantil. Grupos étnicos. Gitanos. Cuidado residencial. Prevalencia. Demografía. Factores de riesgo. Problemas sociales. Estado de salud. Bienestar infantil.

MALTREATED GYPSY CHILDREN: SOCIAL AND HEALTH RISK FACTORS AND HIGH-PRIORITY HEALTH CARE NEEDS

Objectives

To determine the prevalence of maltreated gypsy children admitted to centers of protection, as well as their demographic characteristics, type of maltreatment, frequency of associated social and health risk factors, frequent health problems and whether there are differences between these children and the general population of maltreated children.

Correspondencia: Dr. G. Oliván Gonzalvo.
Servicios de Pediatría y Adolescencia.
Avda. de las Torres, 93, 1.º F. 50007 Zaragoza. España.
Correo electrónico: g.olivan@comz.org

Recibido en septiembre de 2003.
Aceptado para su publicación en octubre de 2003.

Patients and methods

We performed a retrospective cross-sectional cohort study over an 8-year period (1995-2002). The social and health reports of the maltreated children admitted to protection centers were reviewed and those belonging to the gypsy ethnic group were included. Information collection, definition of concepts and health assessments were performed according to nationwide methodologies, studies and directives. A descriptive and comparative statistical study was performed.

Results

During the study period, 873 children were admitted, of whom 74 were from the gypsy ethnic group (a prevalence of 8.5%, 1.7 times higher than that expected). Demography: mean age: 6.9 years (5.7 SDU); age group 0-5 years age: 56.7%; females: 51.3%. No significant demographic differences were observed in gypsy children compared with the general population of maltreated children. However, factors that were significantly more frequent in gypsy children were the prevalence of passive maltreatment ($p = 0.0133$; odds ratio [OR]: 2.4; 95% confidence interval [CI]: 1.2-4.9), belonging to families with more than one social and health risk factor ($p = 0.0000$; OR: 30.5; 95% CI: 9.4-99.1) with problems of delinquency ($p = 0.0000$; OR: 11.7; 95% CI: 6.3-21.7) and with a history drug/alcohol abuse ($p = 0.0000$; OR: 3.4; 95% CI: 1.9-6), presenting at least one health problem ($p = 0.0000$; OR: 6.9; 95% CI: 2.7-17.3), absent or incomplete immunizations ($p = 0.0000$; OR: 4.9; 95% CI: 3-8.1), disabilities ($p = 0.0012$; OR: 2.9; 95% CI: 1.5-5.9) especially of neurological origin ($p = 0.0000$; OR: 4.8; 95% CI: 2-11.4), psychomotor developmental delay in children younger than 6 years ($p = 0.0330$; OR: 2.4; 95% CI: 1-5.3) and behavioral disorders in adolescents ($p = 0.0005$; OR: 4.7; 95% CI: 1.8-12.1).

Conclusions

There is a significant association between maltreatment of gypsy children and the presence in their family of social and health risk factors such as delinquency and mental health problems related to drug addiction/alcoholism. The health status of these children is significantly different from that observed in maltreated children from the general population, with a greater incidence of neurological disabilities and problems and diseases related to chronic neglect and/or abandonment of the child's health, socio-educational and psycho-emotional needs. These children are admitted to centers of protection more frequently than their theoretical risk would predict.

Key words:

Child abuse. Ethnic groups. Gypsies. Residential care. Prevalence. Demography. Risk factors. Social problems. Health status. Child welfare.

INTRODUCCIÓN

En Europa, la población gitana representa una minoría étnica que reúne unas características sociales, económi-

cas, culturales, educativas y sanitarias que los diferencia de la población general del país en que se instalan y que los hace ser una población de riesgo sociosanitario^{1,2}.

En España, estudios realizados en la última década desde el punto de vista sociosanitario con población adulta e infantojuvenil de etnia gitana siguen observando características diferenciales respecto a la población general³⁻¹⁶. En particular, en la población adulta y juvenil se observan tasas más elevadas de analfabetismo, desempleo, situación laboral precaria, formación profesional pobre, hábitat inadecuado, endogamia, fecundidad, maternidad/paternidad adolescente, obesidad, delincuencia, alcoholismo, drogodependencia e infecciones por los virus de la inmunodeficiencia humana y de la hepatitis B y C, y tasas menores de esperanza de vida³⁻⁷; en la población infantil se observan tasas más elevadas de morbimortalidad, sobre todo enfermedades del aparato respiratorio, caries, accidentes, hepatitis A, malformaciones congénitas, síndromes autosómico recesivos, ferropenia y riesgo de intoxicación por plomo, y tasas menores de escolarización, con índices elevados de abandono precoz y absentismo escolar⁹⁻¹⁶; en todos los grupos de edad se observan tasas más elevadas de frecuentación de los servicios de urgencia, ingresos y reingresos hospitalarios y utilización de la medicina privada^{3,7,10,11} y tasas menores de captación para cuidados preventivos (revisiones de salud programadas, cobertura vacunal) y adhesión a tratamientos médicos^{3,4,7,8,11,16}.

Recientemente en nuestro país, Zunzunegui et al¹⁷ han confirmado la fuerte asociación entre el problema del maltrato infantil que requiere asistencia y protección social y la existencia de factores de riesgo sociosanitarios, especialmente con el bajo nivel de estudios, la convivencia sin pareja estable (monoparentalidad), el mayor tamaño de la fratría, los problemas de índole económico y los problemas de salud mental asociados al consumo de drogas ilegales y al abuso del alcohol. Como hemos descrito previamente, muchos de estos factores de riesgo sociosanitarios asociados con el maltrato infantil se presentan con tasas más elevadas en la población de etnia gitana que en la población general española. Sobre la base de esta asociación, hipotéticamente la población infantojuvenil de etnia gitana tendría un riesgo de sufrir malos tratos mayor que la población general infantojuvenil.

Los objetivos de este estudio son determinar, en una serie de menores maltratados ingresados en centros de protección, la prevalencia de menores de etnia gitana, sus características demográficas, la tipología del maltrato, la frecuencia de factores de riesgo sociosanitarios asociados con el maltrato, los problemas más frecuentes de salud y si existen diferencias con una población general infantojuvenil maltratada.

TABLA 1. Características demográficas de los menores de etnia gitana maltratados (n = 74) y comparación con las de una población general de menores maltratados (n = 776)

Variable demográfica	Menores de etnia gitana maltratados	Población general de menores maltratados	
Sexo	<i>Número (porcentaje)</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>p*</i>
Varón (V)	36 (48,6)	53,6	NS
Mujer (M)	38 (51,3)	46,3	NS
Edad (en años)	<i>Media (DE)</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>p**</i>
	6,9 (5,7)	7,3 (5,7)	NS
Distribución por grupos de edad	<i>Número [V/M] (porcentaje)</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>p*</i>
Lactantes-preescolares (0-5 años)	42 [18 V/24 M] (56,7)	46,1	NS
Escolares (6-11 años)	11 [10 V/1 M] (14,9)	21,0	NS
Adolescentes (12-17 años)	21 [8 V/13 M] (28,4)	32,9	NS

*Prueba de chi cuadrado de Pearson.

**Prueba de la t de Student.

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo transversal de cohorte. Se revisaron los expedientes sociosanitarios de los menores que ingresaron desde enero de 1995 hasta diciembre de 2002 por malos tratos en centros de protección de la provincia de Zaragoza dependientes del Instituto Aragonés de Servicios Sociales del Gobierno de Aragón y se incluyeron los menores pertenecientes a la etnia gitana. Se excluyeron aquellos menores de etnia gitana procedentes de países extranjeros (Portugal, Europa Central y del Este) y los menores en los que uno de sus progenitores no era de etnia gitana.

La recogida de la información sociosanitaria se realizó de forma multidisciplinar y siguiendo una metodología protocolizada¹⁸⁻²⁰. Los tipos de maltrato y los factores de riesgo sociosanitarios asociados con el maltrato se definieron siguiendo estudios previos de ámbito nacional^{17,20-24}. La evaluación del estado de salud física y mental de los menores se realizó siguiendo directrices sanitarias para la evaluación y cuidado de menores en acogimiento transitorio residentes en centros de protección²⁵. Los datos demográficos y sociosanitarios de la cohorte de menores de etnia gitana maltratados se compararon con los de una población general infantojuvenil maltratada e ingresada en centros de protección de la misma comunidad (n = 776), recientemente estudiada²⁶.

Para la recogida de los datos demográficos y sociosanitarios de los menores de etnia gitana maltratados se utilizó una hoja informatizada. Todos los datos se introdujeron en una base de datos Microsoft Access 97 con la que se realizó un análisis descriptivo de las variables. Para el análisis estadístico se utilizaron las funciones matemáticas de la hoja de cálculo Microsoft Excel 2000 y los programas estadísticos StatView 4.0® y SISA home®. Para el estudio estadístico descriptivo de las variables cuantitativas se utilizó el cálculo de la media aritmética y de la desviación estándar (DE), y para las variables cualitativas el cálculo del porcentaje. Para el estudio estadístico com-

parativo de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de la t de Student (no apareado) con un nivel de significación exigido para $\alpha < 0,05$ y 1 grado de libertad. Para el estudio estadístico comparativo de prevalencias se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2) de Pearson con un nivel de significación exigido para $\alpha < 0,05$ y 1 grado de libertad y se calculó el riesgo relativo en forma de *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

Durante el período de estudio ingresaron en centros de protección por sufrir malos tratos 873 menores de los cuales 74 eran de etnia gitana, lo que representó el 8,5% del total de menores ingresados por malos tratos en este período. Los menores maltratados de etnia gitana pertenecían a 50 familias diferentes.

En la tabla 1 se describen las características demográficas de los menores de etnia gitana maltratados y se comparan con las de una población general de menores maltratados²⁶. En los menores de etnia gitana, respecto de la población general de menores maltratados, se observó una mayor proporción de mujeres y del grupo de edad lactante-preescolar y una menor edad media en el momento del ingreso en un centro de protección, aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 2 se detalla el tipo de maltrato producido por las familias y sufrido por los menores de etnia gitana y sus características demográficas respecto a edad y sexo. Los datos más sobresalientes fueron el predominio del maltrato de tipo pasivo en todos los grupos de edad y que el maltrato de tipo activo fue exclusivo del grupo de edad adolescente y especialmente en las mujeres.

En la tabla 3 se resume, en orden a su frecuencia, los factores de riesgo sociosanitarios asociados con el maltrato más significativos que presentaban las familias de los menores de etnia gitana maltratados. Destaca que dos de cada tres familias estaban involucradas en actividades delictivas en conocimiento de la justicia y que en más de

TABLA 2. Características tipológicas y demográficas del maltrato en los menores de etnia gitana

Tipo de maltrato	Número de familias (n = 50)	Porcentaje	Número de menores (n = 74)	Porcentaje	Varón/mujer	Límites edad*	Edad media (DE)*
Pasivo (negligencia/abandono físico y/o emocional)	41	82	65	87,8	35/30	0-17	5,8 (5,1)
Activo** (físico, psicológico y/o sexual)	9	18	9	12,2	1/8	11-17	15,1 (2,2)

*En años.

**En 3 casos el maltratador fue el marido/compañero de la menor.

DE: desviación estándar.

TABLA 3. Factores de riesgo sociosanitarios que presentaban las familias de los menores de etnia gitana maltratados (n = 50)

Factor de riesgo	Número de familias	Porcentaje
Delincuencia*	32	64
Toxicomanía/alcoholismo*	27	54
Enfermedad infecciosa crónica***	10	20
Pobreza extrema	9	18
Analfabetismo absoluto o funcional*	8	16
Progenitores adolescentes*	7	14
Fratría de 3 o más hijos	6	12
Madre maltratada por su pareja	4	8
Enfermedad discapacitante física o psiquiátrica*	3	6
Familia monoparental (padre ausente)	3	6
<i>Familia con más de un factor de riesgo</i>	<i>47</i>	<i>94</i>

*Factor de riesgo presente en el padre, en la madre, en ambos o en el marido/compañero.

**Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), infección hepatitis B, infección hepatitis C y/o sífilis.

la mitad existía el antecedente de abuso de sustancias (drogas ilegales y/o alcoholismo). El 94% de las familias presentaba más de un factor de riesgo.

En la tabla 4 se resumen los trastornos de salud observados con más frecuencia en los menores de etnia gitana maltratados a su ingreso en centros de protección. En 69 menores (93,2%) se observó al menos un problema de salud y 11 menores (14,8%) presentaban una enfermedad discapacitante física, psíquica, sensorial y/o mixta.

En la tabla 5 se comparan el tipo de maltrato, factores de riesgo sociosanitarios y trastornos de salud observados con más frecuencia en los menores de etnia gitana maltratados respecto a una población general de menores maltratados. Las diferencias existentes entre los dos grupos comparados se calculan en forma de OR y los IC 95%.

DISCUSIÓN

En España, los censos realizados por el Instituto Nacional de Estadística no incluyen datos sobre la raza o etnia, por tratarse de datos protegidos constitucionalmente. Por consiguiente, no existen datos oficiales sobre

TABLA 4. Trastornos de salud de los menores de etnia gitana maltratados

Trastorno	Número de menores	Porcentaje
Inmunizaciones ausentes o incompletas (> 2 meses)	41/70	58,6
Trastornos de la conducta (adolescentes)	9/21	42,8
Abuso de sustancias	4/21	19,0
Problemas odontoestomatológicos	29/74	39,2
Caries dental (> 1 año)	22/62	35,5
Problemas dermatológicos	27/74	36,5
Dermatitis del pañal severa (< 3 años)	7/26	26,9
Pediculosis capitis	18/74	24,3
Dermatitis infecciosas	5/74	6,7
Trastornos del crecimiento y nutrición	21/74	28,4
Malnutrición crónica (incluye retraso de crecimiento intrauterino)	9/74	12,2
Anemia ferropénica con antropometría normal (> 6 meses)	8/67	11,9
Malnutrición aguda	3/74	4,0
Obesidad	1/74	1,3
Retraso del desarrollo psicomotor (< 6 años)	9/42	21,4
Embarazo (mujeres adolescentes)	2/13	15,4
Problemas visuales/oftalmológicos	8/74	10,8
Disminución agudeza visual (> 3 años)	5/48	10,4
Trastornos neurológicos	8/74	10,8
Encefalopatía no progresiva	4/74	5,4
Encefalopatía progresiva	2/74	2,7
Trastornos óticos/auditivos	7/74	9,4
Otitis crónica, supurada o serosa (> 6 meses)	4/67	6,0
Trastornos del aparato digestivo	6/74	8,1
Parasitosis intestinal (> 6 meses)	4/67	6,0
Enfermedades infecciosas de transmisión vertical	5/74	6,7
Seropositivo VIH, hepatitis B/C y/o lúes (< 18 meses)	3/14	21,4
Infección VIH, hepatitis B/C (> 18 meses)	2/60	3,3
Problemas ortopédicos	4/74	5,4
Enfermedades del aparato respiratorio (asma)	2/74	2,7
Trastornos genitourinarios	1/74	1,3
Trastornos cardiovasculares	1/74	1,3

Entre paréntesis se especifica la edad de los menores para algunos trastornos de salud.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

TABLA 5. Comparación del tipo de maltrato, factores de riesgo sociosanitarios y trastornos de salud más frecuentemente observados en los menores de etnia gitana maltratados respecto a una población general de menores maltratados

	Porcentaje de menores de etnia gitana maltratados	Porcentaje de población general de menores maltratados	p*	OR; IC 95 %
Tipo de maltrato				
Pasivo	87,4	75,0	0,0133	2,4; 1,2-4,9
Factores de riesgo sociosanitario				
Familia con más de un factor de riesgo	94,0	33,9	0,0000	30,5; 9,4-99,1
Delincuencia	64,0	13,1	0,0000	11,7; 6,3-21,7
Toxicomanía/alcoholismo	54,0	25,8	0,0000	3,4; 1,9-6,0
Enfermedad infecciosa crónica	20,0	17,3	NS	
Trastornos de salud				
Al menos un problema de salud	93,2	66,1	0,0000	6,9; 2,7-17,3
Enfermedad discapacitante	14,8	5,6	0,0012	2,9; 1,5-5,9
Inmunizaciones ausentes o incompletas	58,6	20,1	0,0000	4,9; 3,0-8,1
Trastornos de conducta en adolescentes	42,8	13,8	0,0005	4,7; 1,8-12,1
Problemas odontoestomatológicos	39,2	38,1	NS	
Problemas dermatológicos	36,5	29,9	NS	
Trastornos del crecimiento y nutrición	28,4	23,5	NS	
Retraso del desarrollo psicomotor (< 6 años)	21,4	10,3	0,0330	2,4; 1,0-5,3
Embarazo	15,4	16,0	NS	
Problemas visuales/ofthalmológicos	10,8	24,4	0,0083	0,4; 0,2-0,8
Trastornos neurológicos	10,8	2,5	0,0000	4,8; 2,0-11,4

*Prueba de chi cuadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

población gitana en España. No obstante, existen estimaciones no oficiales de la población gitana proporcionadas por estudios, investigaciones o informes realizados por organismos públicos y por organizaciones no gubernamentales de ámbito estatal y regional. En la Comunidad de Aragón, se estima que la población de etnia gitana supone el 1,53 % del total de la población general y el 4,9 % del total de la población infantojuvenil (Fuente: Asociación Secretariado General Gitano, 1999). En este estudio, la población de menores de etnia gitana supuso el 8,5 % del total de menores ingresados por malos tratos en centros de protección. Esto significa una prevalencia 1,7 veces superior a la que teóricamente le correspondería.

Respecto a las características demográficas globales de los menores de etnia gitana maltratados, comparadas con las de una población general de menores maltratados ingresados en centros de protección de la Comunidad de Aragón²⁶, no se observaron diferencias significativas.

En cuanto a las características tipológicas del maltrato en los menores de etnia gitana, se observó una mayor prevalencia del maltrato de tipo pasivo (negligencia/abandono físico y/o emocional) frente al activo (físico, psicológico y/o sexual), con una relación maltrato pasivo:maltrato activo de 7,2:1. Esta proporción es superior y significativamente diferente a la observada en una población general de menores maltratados de la misma comunidad²⁶ (p = 0,0133; OR, 2,4; IC 95 %, 1,2-4,9) y a la observada en otros estudios nacionales sobre tipología e

incidencia del maltrato infantil²⁷, en los que la relación maltrato pasivo:maltrato activo oscila entre 2,8-3:1. Los menores de etnia gitana que sufrieron maltrato de tipo pasivo presentaron unas características demográficas, respecto a edad y sexo, similares a las de la población general de menores maltratados de la misma forma en la Comunidad de Aragón²⁶ (datos no presentados en tabla). Sin embargo, los menores de etnia gitana que sufrieron maltrato de tipo activo se caracterizaron demográficamente por tratarse fundamentalmente de mujeres en edad adolescente. Además, en un tercio de los casos el maltratador fue el marido/compañero de la menor. Este predominio del maltrato de tipo activo en mujeres en edad adolescente nos hace pensar en posibles influencias culturales^{28,29} de desigualdad, discriminación e, incluso, marginación que la etnia gitana tiene hacia la mujer. La ausencia de casos de maltrato de tipo activo en otras edades es un dato que no sabemos explicar.

Con referencia a los factores de riesgo sociosanitarios que presentaban las familias de los menores de etnia gitana maltratados, conceptualmente fueron conformes a los descritos en estudios nacionales sobre maltrato y desprotección infantil^{17,20,23,24}. Comparados con los de una población general de menores maltratados ingresados en centros de protección de la Comunidad de Aragón²⁶, en los menores de etnia gitana maltratados se observó una incidencia significativamente superior de familias multi-problemáticas (p = 0,0000; OR, 30,5; IC 95 %, 9,4-99,1) a expensas fundamentalmente de una incidencia significati-

vamente mayor de las problemáticas de delincuencia ($p = 0,0000$; OR, 11,7; IC 95 %, 6,3-21,7) y toxicomanía/alcoholismo ($p = 0,0000$; OR, 3,4; IC 95 %, 1,9-6).

Los trastornos de salud prevalentes en el grupo estudiado de menores de etnia gitana maltratados e ingresados en centros de protección fueron conformes a los descritos en la literatura sobre menores maltratados en situación de protección social²⁵, siendo las necesidades sanitarias prioritarias la provisión de servicios terapéuticos y/o preventivos de inmunización, odontostomatológicos, dermatológicos, nutricionales y psicopedagógicos. Comparados con una población general de menores maltratados e ingresados en centros de protección de la Comunidad de Aragón^{26,30-32}, la proporción de menores con al menos un problema de salud fue significativamente superior en los de etnia gitana ($p = 0,0000$; OR, 6,9; IC 95 %, 2,7-17,3) y se diferenciaron principalmente por presentar una incidencia significativamente mayor de inmunizaciones ausentes o incompletas ($p = 0,0000$; OR, 4,9; IC 95 %, 3-8,1), enfermedades discapacitantes ($p = 0,0012$; OR, 2,9; IC 95 %, 1,5-5,9) especialmente de génesis neurológica ($p = 0,0000$; OR, 4,8; IC 95 %, 2-11,4) tipo mixto y etiología congénita o genética, retraso del desarrollo psicomotor en menores de 6 años ($p = 0,0330$; OR, 2,4; IC 95 %, 1-5,3) y trastornos de la conducta en adolescentes ($p = 0,0005$; OR, 4,7; IC 95 %, 1,8-12,1).

Sobre la base de los resultados, consideramos que: *a*) los niños de etnia gitana, respecto al hecho de ingresar en un centro de protección por sufrir malos tratos, presentan una prevalencia superior a la que teóricamente les correspondería; *b*) en los niños de etnia gitana, cuando el maltrato se produce, existe una significativa asociación con la presencia en su familia de factores de riesgo socio-sanitarios como delincuencia y problemas de salud mental relacionados con toxicomanía/alcoholismo; *c*) los niños de etnia gitana maltratados presentan un estado de salud significativamente diferente al observado en una población general infantojuvenil maltratada, a expensas de una mayor incidencia de enfermedades discapacitantes de origen neurológico y de problemas y enfermedades relacionadas con una negligencia y/o abandono cronificado en las áreas sanitaria, socioeducativa y psicoemocional.

Consideramos que la puesta en marcha, desde los servicios sociales y sanitarios comunitarios, de programas centrados en detectar, tratar, apoyar e integrar a las familias y niños de etnia gitana más vulnerables al maltrato, podría prevenir la mayoría de los casos de malos tratos en este grupo específico de menores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arayici A. Algunas reflexiones sobre la minoría gitana en Europa. Disponible en: <http://www.unesco.org/issj/rics156/arayicispa.html>.

2. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: A review of the published literature. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:864-9.
3. Cabedo García VR, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, Bosch Girona N, Montero Royo A, Nácher Fernández A, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria* 2000;26:21-5.
4. Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Landabaso MA, Arrazola X, Gutiérrez-Fraile M. Gypsies and drug addictions. Study of the adherence to treatment. *Eur Addict Res* 2000;6:34-41.
5. Oliván Gonzalvo G. Jóvenes gitanos delincuentes: crecimiento y estado de nutrición a su ingreso en un centro de reforma juvenil. *Med Clin (Barc)* 2002;118:117-8.
6. Oliván G. The health status of delinquent gipsy youths in Spain. *Eur J Public Health* 2002;12:308.
7. Sánchez Serrano FJ, Zubiaur Cantalapiedra A, Herrero Galiana A, Gallart Martínez MD, Jiménez Yáñez R, Sanguino López L, et al. Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana. *An Esp Pediatr* 2002;56:17-22.
8. Cámara Medina C, Pérez García A, Quesada Lupiáñez P, Sánchez Cantalejo E. Intervención con agentes de salud comunitarios en programas de inmunización en la comunidad gitana. *Aten Primaria* 1994;13:415-8.
9. Martínez-Frías ML, Bermejo E. Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish gypsy population. *J Med Genet* 1992;29:483-6.
10. Díez López I, Ardura Fernández J, Palacín Mínguez E, Cardaba Arranz M. Influencia de la etnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente. *An Esp Pediatr* 2002;57:215-9.
11. Sastre Gussoni E, Miranda León MT, Muñoz Hoyos A, Galdó Muñoz G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *An Esp Pediatr* 2000;53:223-8.
12. Mora León L, Martínez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáy y Cartuja de Granada capital. *Aten Primaria* 2000;26:398-404.
13. Cilla G, Pérez-Trallero E, Miramón JM, Erdozain S, Gutiérrez C. Prevalence of hepatitis A antibody among disadvantaged gypsy children in northern Spain. *Epidemiol Infect* 1995;115:157-61.
14. Redondo Granado MJ, Blanco Quirós A, Álvarez Guisasaola FJ. Relación de la plumbemia con la etnia gitana y otros factores epidemiológicos. *An Esp Pediatr* 1995;42:22-6.
15. Álvarez Calatayud G, Gallego Campillo MS, Díez-Delgado Rubio J, Morales Pérez JL, Huber Robert LB, Femosel Díaz J. Estudio nutricional en la población infantil de raza gitana. Premio Nestlé Mariano Benavente sobre Nutrición Infantil, 1998.
16. Gómez Campderá J, Rodríguez Fernández R, Navarro Gómez M, González Sánchez MI. Contactos accidentales con jeringas utilizadas en drogadicción (ADVP): Una década de seguimiento. *An Esp Pediatr* 1998;49:375-80.
17. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* 1997;47:33-41.
18. Historia clínica y sistema de registro en atención primaria de salud. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, ed., 1986.
19. Oliván Gonzalvo G, Fleta Zaragoza J, Baselga Asensio C, Andrés Sanz J, Magaña Hernández M, Nuel Quílez R. Centros de acogida de menores. *An Esp Pediatr* 1994;41:97-101.
20. Arruabarrena Madariaga MI. Investigación de situaciones de desprotección infantil. En: De Paül Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI, editores. Manual de protección infantil. Barcelona: Masson, 1996; p. 163-211.

21. Gómez de Terreros I. Tipología de los malos tratos infantiles. En: Gómez de Terreros I, editor. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Comares, 1995; p. 31-6.
22. Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. Guías clínicas 2002; 2 [23 octubre 2002]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm.
23. Martínez Roig A, De Paül Ochotorena J. Factores de riesgo para el maltrato y abandono infantil. En: Martínez Roig A, De Paül Ochotorena J, editores. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca, 1993; p. 34-62.
24. Gómez de Terreros I. Modelos explicativos del maltrato infantil. Factores de riesgo. Factores de mediación. Factores precipitantes. En: Gómez de Terreros I, editor. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Comares, 1995; p. 87-94.
25. Oliván Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:128-35.
26. Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Esp Pediatr* 1999;50:151-5.
27. Palacios González J, Jiménez Morago J, Moreno Rodríguez MC, Oliva Delgado A, Saldaña Sage D. Frecuencia de los malos tratos en la infancia. En: Gómez de Terreros I, editor. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Comares, 1995; p. 95-119.
28. Korbin JE. Culture and child maltreatment: Cultural competence and beyond. *Child Abuse Negl* 2002;26:637-44.
29. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl* 2002;26:793-813.
30. Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado nutricional de los menores que ingresan en centros de acogida. *An Esp Pediatr* 1999;51:643-7.
31. Oliván G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health* 2003;13:91-2.
32. Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002;56:219-23.